

ANNÉE 1909 — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — N°

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

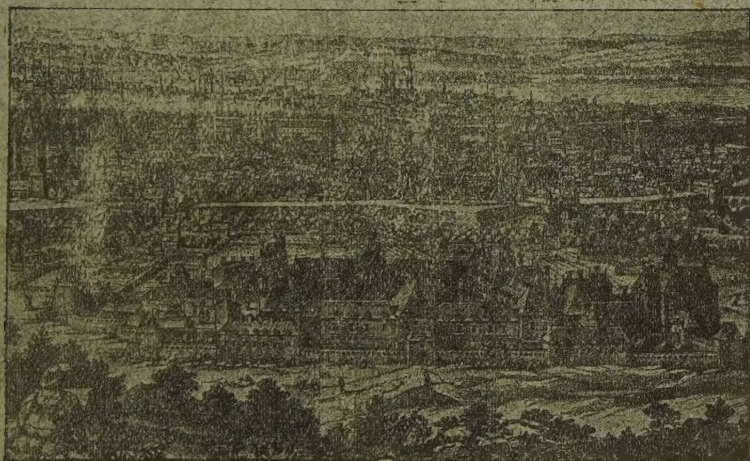
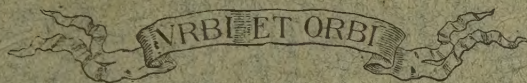
Présentée et soutenue le mercredi 7 juillet 1909, à 1 heure

Par **Marcel HENRIONNET**

DE

L'HYDROA VACCINIFORME

DE BAZIN



L'HOSPITAL SAINT-LOUIS EN 1620

Président : M. GAUCHER, professeur.

*Juges : { MM. KIRMISSON, professeur.
LEJARS et ZIMMERN, agrégés.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)

(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1909

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

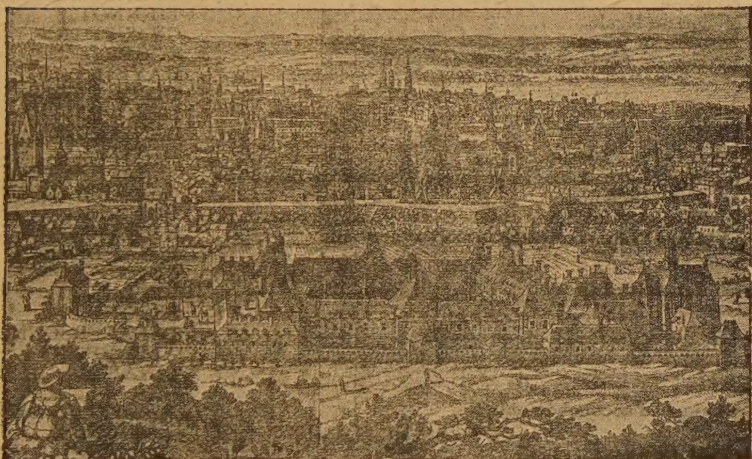
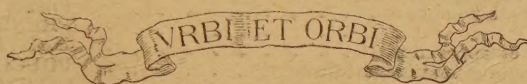
Présentée et soutenue le mercredi 7 juillet 1909, à 1 heure

Par **Marcel HENRIONNET**

DE

L'HYDROA VACCINIFORME

DE BAZIN



L'HOSPITAL SAINT-LOUIS EN 1620

Président : M. GAUCHER, professeur.

*Juges : { MM. KIRMISSON, professeur.
LEJARS et ZIMMERN, agrégés.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)
(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

—
1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM,
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	BRISAUD.
Pathologie chirurgicale	DEJERINE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	CHAUFFARD.
	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	HUTINEL.
Maladies des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
	PIERRE DELBET.
Clinique chirurgicale	QUENU.
	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
	PINARD.
Clinique d'accouchements	BAR.
	RIBEMONT-DES-SAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGREY	POTOCKI
BESANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDÉAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ (MARCEL)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON CHER PÈRE

A MA CHÈRE GRAND'MÈRE

A MON FRÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. GAUCHER

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET
SYPHILITIQUES

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer mes études médicales, je suis heureux de pouvoir témoigner ici ma reconnaissance envers les maîtres qui m'ont enseigné l'art de la médecine.

Qu'il me soit permis d'abord d'exprimer ma reconnaissance :

A M. le professeur GAUCHER, qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, et qui dans ses cliniques si goûtées de tous ses auditeurs et élèves, a su rendre si intéressantes les maladies complexes de la peau et de la syphilis.

A M. le professeur ALBARRAN, qui nous a fait profiter de son enseignement si clair de la pratique chirurgicale urinaire.

A M. le professeur PINARD, qui nous a enseigné à la clinique Baudelocque avec tant de précision la pratique des accouchements.

Et comme c'est à Reims, Tours et Angers, que nous avons acquis les premiers éléments de la médecine, nous

remercions donc MM. LAURENT, HENRY, et de la MORIÈRE, de Reims ; MM. les D^{rs} DELAGENIÈRE, BODIN, ANDRÉ, de Tours ; MM. les D^{rs} MONPROFIT, THIBAUT, LEGLUDIC, JAGOT, PAPIN, BRIN, MAREAU, MARTIN, TESSON, d'Angers.

Enfin il m'est agréable d'exprimer ici ma reconnaissance à MM. les D^{rs} FOUQUET et DRUELLE, chefs de clinique à la Faculté, pour les conseils éclairés qu'ils m'ont donnés pour la rédaction de cette thèse, et pour la bienveillante sollicitude qu'ils m'ont toujours témoignée.

Je n'aurai garde d'oublier MM. les D^{rs} F. BALZER, de l'hôpital Saint-Louis, et L. GUENOT, qui ont bien voulu me communiquer l'observation n° XII de notre thèse.

DEFINITION

L'hydroa vacciniforme se caractérise par une éruption se produisant surtout dans l'enfance, siégeant seulement sur les parties découvertes du corps, et formée par des vésicules, qui s'ombiliquent en laissant des cicatrices. Cette affection revient par poussée pendant les saisons chaudes de l'année, et a une tendance très nette à disparaître avec la puberté, pour devenir une exception après 30 ans.

∴

HISTORIQUE

Cette affection fut décrite pour la première fois par *Bazin* en 1861 dans ses « Leçons théoriques et cliniques sur les affections de la peau ». En 1868 nouvelle description du même auteur dans ses « Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse ». *Hutchinson* en 1888 publia un cas suivant sa propre expression « d'éruption d'été récidivant avec une grande intensité pendant de nombreuses années, mais finissant par guérir » (*Clinical Society's transactions*, vol. XXII). Aussi nomma-t-il cette affection « *sumner eruption* », éruption d'été, voulant rappeler par là un de ses principaux caractères.

Puis les observations se suivent nombreuses et détaillées ; elles sont dues pour la plupart à des médecins anglais ou écossais : *Allan Jameson* (1888), *Handford* (1889), *Berliner* (1890), *Buri* (1891), *Van Dort* (1892), *C. Boeck* (1894), *Joh.-T. Bowen* (1894), *Radcliff Crocker* (1894). *Hutchinson* et la majorité des auteurs anglais ont eu le tort de regarder cette affection comme une

forme du xeroderma pigmentosum, affection bien dissemblable à l'hydroa vacciniiforme par plus d'un point. *Radcliff Crocker* consacre définitivement ce type morbide en en donnant une description magistrale dans son traité de dermatologie (*Diseases of the skin*, 2^e édition, 1893, page 211).

En France *Brocq* ayant observé un nouveau cas publie un mémoire complet de tous les cas connus jusqu'en 1894, en y ajoutant quelques observations personnelles. Depuis quelques cas ont été cités et décrits par les dermatologistes français et étrangers *Juliano Moreira*, *J.-E. Graha*, *Mibelli*, *Colcott Fox*.

Nous avons pu observer une malade atteinte d'hydroa vacciniiforme dans le service de M. le professeur *Gaucher* à l'hôpital Saint-Louis, malade dont l'observation est relatée complètement dans notre thèse (observ. XI).

ETIOLOGIE

Deux faits attirent l'attention dans toutes les observations recueillies par les auteurs : c'est la fréquence relative de l'hydroa vacciniiforme dans l'enfance, et l'action très nette des rayons ardents du soleil sur la production de l'éruption.

Cette affection ne paraît que sur les parties découvertes du corps. Les mains, surtout la face dorsale, la face, le nez, les oreilles et le cou sont le siège de prédilection de l'éruption vésiculeuse. On ne trouve pour ainsi dire jamais de vésicules aux membres inférieurs ni au tronc, ceux-ci étant protégés contre l'irritation extérieure par les vêtements.

Cependant on a vu des vésicules d'hydroa vacciniiforme siéger aux membres inférieurs, mais il s'agissait dans ces cas-là d'individus marchant habituellement nu-pieds et les jambes découvertes (pêcheurs, baigneurs etc.). De même et par exception on a vu la poussée être si vive, que les parties couvertes et même la muqueuse buccale devenaient le siège d'une éruption dis-

crète. Ces cas sont cependant rares, et dus à des formes suraiguës et à des susceptibilités particulières des malades.

Comme nous l'avons dit, l'éruption apparaît généralement après une exposition plus ou moins longue à l'air libre et surtout au soleil. Le soleil d'été surtout la provoque quoiqu'on l'ait vu apparaître, chez certains sujets prédisposés, en plein hiver, ou même sous l'influence d'un air vif, d'un vent violent et froid. White cite deux cas typiques relatés dans notre thèse (observation n° X, cas I et II). Les deux enfants cités dans cette observation présentaient le maximum de leur éruption pendant l'hiver, celle-ci disparaissant dès l'apparition de la belle saison.

L'éruption dans ces derniers cas peut être beaucoup plus discrète, et affecte plus rarement la forme grave avec vésicules ombiliqués, croûtes noirâtres, et tissu cicatriciel.

L'éruption vésiculeuse peut apparaître très rapidement quelques heures, un jour ou deux, après une exposition plus ou moins longue au soleil. Généralement c'est en se réveillant le matin que le malade aperçoit l'éruption légère d'abord, formée de taches rougeâtres, et ce n'est qu'à un degré plus avancé qu'il vient consulter.

C'est une affection particulière à l'enfance, et dont la première atteinte s'observe à l'âge de 2 à 3 ans. C'est de plus une affection chronique récidivant tous les ans aux mêmes saisons, surtout en été.

La fréquence et la force de ces poussées s'atténuent, à mesure que les malades approchent de la puberté,

pour généralement disparaître complètement entre 20 et 30 ans.

Les garçons semblent être prédisposés à cette affection surtout dans l'enfance. Si cette affection atteint plus fréquemment les garçons que les filles dans l'enfance, il semble que la cause en soit dans les habitudes de ceux-ci. Alors qu'un garçon s'exposera plus facilement et plus longtemps au soleil et à l'air vif, la petite fille jouera de préférence à la maison près de sa mère, à l'abri de l'influence directe de l'air extérieur.

A l'âge adulte cette affection frappe de préférence certains sujets. Il semble que les individus vivant continuellement au grand air et exposés aux intempéries toute l'année ne soient que rarement sujets à cette affection. Les individus sédentaires au contraire, les habitants des villes semblent être frappés plus fréquemment, une sorte d'accoutumance semblant protéger le campagnard contre l'action nocive des agents extérieurs.

Cette maladie serait même en quelque sorte familiale, si l'on en croit certains auteurs. Jameson a observé l'éruption sur tous les membres d'une même famille, White sur le frère et la sœur et un autre membre de la famille, Mac Call Anderson sur deux frères (Observations décrites dans cette thèse n^{os} IX et X).

L'hydroa vacciniiforme a surtout été rencontré en France et en Angleterre, en Écosse principalement, et si les observations n'en sont pas plus nombreuses, il est vraisemblable qu'elles ont dû passer inaperçues, généralement par des erreurs de diagnostic bien compréhensibles si l'on pense à la rareté de cette affection.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Pour Bowen, qui le premier a pratiqué l'examen histologique des lésions éruptives, le point principal, et qui doit attirer l'attention, est la nécrose de la partie centrale de la vésicule. Cette nécrose n'atteint pas seulement les cellules profondes de l'épiderme, mais encore le chorion en entier jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané. On y voit des amas granuleux et des coupes de vaisseaux dilatés, remplis de globules sanguins et entourés de foyers hémorragiques.

Les dégâts sont moins considérables autour de la lésion principale; seuls l'épiderme et le chorion sont infiltrés et épaissis.

Mibelli ne partage pas tout à fait les idées de Bowen. Il s'agit pour cet auteur d'une dermite primitive diffuse et intense, amenant la formation de vésicules ogivales s'ouvrant dans la couche moyenne du corps de Malpighi. Ces vésicules seraient dues à la distension des espaces intercellulaires et au refoulement simultané des cellules environnantes. Les phénomènes inflam-

matoires persistant amèneraient dans la suite la nécrobiose des éléments du corps papillaire, d'où la destruction de ces parties, et leur remplacement par du tissu cicatriciel fibreux.

Andry et Constantin ont fait un examen histologique complet d'une bulle jeune, non ombiliquée, et tout à fait récente. D'après ces auteurs la bulle siège entre l'épiderme et le chorion, et sa cavité ne présente pas de cloisonnements. Le derme est enflammé, on y trouve des manchons périvasculaires assez denses et des cellules inflammatoires infiltrées entre les faisceaux du derme profond. Le corps papillaire présente sur toute son étendue une inflammation diffuse assez abondante. En dehors de la bulle l'épiderme semble normal, mais en certains points d'aspect spongoïde, les cellules les plus profondes sont écartées, dissociées les unes des autres, laissant entre elles des lacunes, où se trouvent des leucocytes. Ces cellules sont plus ou moins troublées dans leur nutrition, aussi sont-elles granuleuses, de formes variées et quelques-unes en voie de destruction.

La bulle a pour voûte l'épiderme soulevé en masse, et comme plancher le corps papillaire infiltré. Au centre de la voûte les cellules épidermiques sont amincies et aplaties, tandis que sur les côtés les cellules sont épaissies, augmentées de volume. Extérieurement la bulle est recouverte par une couche cornée amincie au centre et s'exfoliant dans cette région. La cavité unique est comblée par un stroma de fibrine à mailles extrêmement délicates et très serrées. Ce réseau s'insère sur les cellules malpighiennes de la voûte, mais il ne va

pas jusqu'au plancher de la bulle, dont il est séparé par une nappe liquide coagulée et bourrée de leucocytes. Le stroma fibrineux renferme dans ses mailles des polynucléaires assez nombreux, surtout dans les régions superficielles.

En résumé les lésions produites par l'hydroa vaccini-forme intéressent non seulement l'épiderme, mais encore et surtout le derme qui semble être le point de départ de l'affection et le siège principal des éléments éruptifs.

PATHOGÉNIE

Elle est assez obscure. On a invoqué une prédisposition marquée de certains sujets. Les sujets à peau fine sembleraient y être plus prédisposés, et ce qui accredité cette opinion, c'est la fréquence relative de cette affection dans l'enfance.

J. E. Graha met en cause l'action vaso-motrice réflexe mise en jeu par l'action des rayons solaires ; et il regarde comme spécifique l'action des rayons chauds. Mais alors comment expliquer la production chez certains sujets de l'éruption, même en l'absence de tout rayon chaud et au contraire sous l'action d'un vent froid et vif.

J. E. Graha ayant en effet soumis un de ses malades à l'action des rayons électriques, ne constata aucune aggravation, et c'est sur ces faits expérimentaux qu'il s'appuie pour certifier, l'action des rayons chauds dans la formation de l'éruption.

Mais comment agissent ces rayons chauds d'origine solaire ? Est-ce par leur action physique ?

Widmark le prétend et croit surtout à l'action morbifique des rayons ultra-violet.

White a recherché si l'hydroa vacciniiforme n'était pas d'origine microbienne, tout au moins secondairement à l'inflammation causée par les rayons du soleil. Le liquide des bulles ensemencé par cet auteur d'a pas donné de cultures et les recherches bactériologiques ont été nulles. L'examen hématologique n'a montré d'altérations ni de variations numériques des globules rouges. L'hémoglobine est normale, et il n'y a pas de leucocytose.

Mais un fait mis en lumière par White et, sur lequel cet auteur insiste, est l'éosinophilie qu'il a constatée dans le sang et dans les bulles de deux malades atteints d'hydroa vacciniiforme (observ. n° X). On trouve en effet dans un cas 8,6 % d'éosinophiles et dans l'autre 15 % chiffres supérieurs à la normale.

Enfin l'examen des urines a dénoté parfois de l'hématoporphyrine, pigment anormal communiquant à l'urine une teinte rouge bourgogne caractéristique.

Il faut donc pour expliquer la genèse de l'hydroa vacciniiforme, faire intervenir une susceptibilité toute particulière des sujets, quelques malades très rares présentant des éléments éruptifs sur des parties généralement couvertes sur le tronc par exemple et sur les muqueuses. Dans ces cas-là ne s'agit-il pas d'une susceptibilité exagérée du sujet et d'une sorte de rayonnement de la chaleur au delà des points où elle offrait son maximum.

Il semble aussi que la faiblesse des téguments dimi-

nue avec l'âge puisque les poussées deviennent de moins en moins fréquentes et prolongées pour cesser généralement entre 20 et 30 ans. Mais cette immunité conférée par l'âge n'est pas absolue, ce que prouvent bien plusieurs cas d'hydroa vacciniiforme observés chez des malades ayant dépassé la vingtaine, et qui avaient déjà présenté de nombreuses poussées éruptives depuis leur enfance.

SYMPTOMATOLOGIE

Comme nous l'avons déjà dit, l'éruption se montre chez un sujet qui s'est exposé plus ou moins longtemps au soleil, où à un vent froid et vif, ce que fera souvent ressortir le malade que l'on interrogera.

Il peut y avoir une période prodromique prééruptive caractérisée par des malaises, de l'anorexie, des nausées et même des vomissements et des frissons. Le malade ressent une sorte de cuisson, de sensation désagréable, de tension des régions découvertes qui vont devenir plus tard le siège de l'éruption. Quelquefois on a pu constater des démangeaisons assez vives jusqu'au moment de l'éruption ; mais ces démangeaisons, cette cuisson plutôt, sont très supportables, et ne présentent aucun des caractères d'un vrai prurit.

Les régions atteintes sont surtout le visage, les joues, le dos du nez, le front, les oreilles, le cou, le dos des mains, les poignets et quelquefois les avant-bras, les bras, les pieds et les jambes suivant que ces parties sont plus ou moins découvertes. Le tronc et les autres

régions du corps ne peuvent être touchés qu'accidentellement, et dans ce cas-là l'éruption a une tendance à être discrète et à ne pas affecter la forme vésiculeuse nécrobiotique des régions découvertes.

L'hydroa vacciniiforme se caractérise par le caractère de son éruption. Celle-ci commence de deux façons, soit sous la forme de petites taches rouges arrondies légèrement surélevées, soit par des petits nodules sous-cutanés, où se greffent au bout de quelque temps, les vésicules caractéristiques.

Enfin on peut décrire une forme fruste de cette affection, si l'on peut s'exprimer ainsi. Dans ce cas aucune tache rouge, aucun nodule avant la vésicule qui apparaît brusquement sur les téguments sans rougeur et sans infiltration sous-jacente.

Les vésicules une fois apparues, ce qui se produit généralement très rapidement, deviennent transparentes, isolées ou par groupes sur les parties rouges des téguments. Elles peuvent quelquefois confluer, être groupées et former de véritables plaques à contours irréguliers et pouvant simuler certaines manifestations herpétiques.

Ces vésicules sont constituées par des soulèvements globuleux épidermiques de couleur semi-transparente ou opaline, légèrement bleuâtres au centre et pouvant varier de la grosseur d'un grain de mil jusqu'à celle d'un pois, d'une lentille. Elles reposent sur une zone rougeâtre qui les entoure, parfois elles sont entourées d'un véritable halo érythémateux.

Si l'on pique avec une aiguille la partie opaline de la vésicule, celle-ci ne s'affaisse pas malgré l'issue d'un

liquide clair et séreux, et la cause en serait dans le cloisonnement intérieur de cette vésicule.

Dans certains cas qui sembleraient dus à une infection secondaire, les vésicules sont le siège d'une véritable sécrétion purulente, et les parties atteintes se recouvrent de croûtes épaisses et jaunâtres pouvant simuler l'impetigo (Bazin). Dès le deuxième jour, dit cet auteur, ces vésicules s'affaissent, elles s'ombiliquent en même temps qu'elles perdent leur transparence. C'est à ce stade-là de leur évolution, qu'elles présentent la plus grande analogie avec une pustule vaccinale, d'où le nom de vacciniforme. Leur évolution dans la suite ne fait que fortifier cette comparaison. Il se produit une croûte plus ou moins noirâtre, se développant concentriquement du centre à la périphérie, et c'est après la chute de cette croûte, que reste la cicatrice indélébile, trace ancienne de l'affection. Telle est la marche de ces vésicules caractéristiques de l'hydroa vacciniforme.

Parfois cependant avant l'ombilication de la vésicule et la formation d'une croûte noirâtre, on peut voir celle-ci s'agrandir par sa périphérie et atteindre les dimensions d'un gros pois et même davantage. Son centre se déprime, la vésicule affecte une forme ombiliquée, et l'on assiste comme dans les autres formes à la formation d'une croûte noirâtre ombiliquée. Ces cas ne se distinguent en effet que par l'agrandissement concentrique de la vésicule et son volume parfois très grand.

La croûte est parfois bleuâtre, souvent noirâtre, elle est très adhérente, et ce n'est qu'au bout de douze à

douze à quinze jours qu'elle tombe, laissant à nu un derme rouge excavé, qui blanchit dans la suite, en laissant une cicatrice indélébile semblable à celles produites par la variole.

Dans certains cas, soit d'éruptions confluentes, soit à la longue, par suite de récidives fréquentes, les parties découvertes, et surtout le nez, les joues, les oreilles, les mains se couvrent de cicatrices déprimées, blanchâtres, plus ou moins rapprochées, pouvant même empiéter réciproquement les unes sur les autres. Ces déformations secondaires sont surtout visibles aux oreilles, que l'on a vu réduites à un squelette cartilagineux recouvert d'épiderme, les cicatrices d'hydroa étant confluentes sur cette région. Enfin Bowen, qui semble avoir fait une étude approfondie de cette affection, a constaté la tuméfaction des ganglions cervicaux et sous-maxillaires pendant la période active de l'éruption. Ces constatations sembleraient indiquer une infection retentissant sur le système lymphatique; mais les recherches bactériologiques, et les essais de culture ayant été négatifs, on ne peut admettre cette hypothèse, et il faut croire plutôt à un simple rapport de coïncidence dans le cas cité par Bowen. Enfin Mac Call Anderson (1898) a trouvé dans deux observations d'hydroa vacciniforme, la présence dans l'urine, d'un pigment dépourvu de protéide et de fer et très voisin de l'uro-hémato-porphyrine. Dans ces cas-là, l'urine était rouge bourgogne, teinte due à la présence de ce pigment de couleur rouge foncé, en lieu et place de l'urobiline normale. Ce pigment a un caractère physique particulier; il présente en effet au

spectroscope, les quatre bandes d'absorption très nettes de l'hémato-porphyrine acide.

White dans plusieurs cas d'hydroa vacciniforme a fait rechercher les pigments d'hémato-porphyrine acide, il ne les a pas trouvés, et les urines n'ont jamais cessé chez ses malades d'avoir la teinte normale, et non la teinte rouge bourgogne caractéristique.

Les symptômes de l'hydroa vacciniforme peuvent donc ainsi se résumer : vésico-pustule, s'ombiliquant, se recouvrant d'une croûte noirâtre, qui en tombant laisse à sa place une cicatrice blanchâtre semblable à celles de la variole, et tout cela sans porter atteinte à l'état général du sujet, qui demeure excellent.

EVOLUTION

La durée de l'évolution de chaque élément pris en particulier varie de trois à quatre jours. Cependant cette durée peut être plus longue suivant l'étendue des lésions, et l'épaisseur plus ou moins grande des croûtes qui les recouvrent. Quant à la durée de toute la poussée éruptive, elle est généralement de deux à trois semaines ; certaines formes peuvent revêtir des allures chroniques et durer quelques mois (six mois dans un cas de Bazin) ; d'autres être très discrètes et disparaître plus rapidement.

Outre le terrain et une prédisposition très marquée du sujet, une autre cause semble agir aussi sur la durée de l'affection. Et cette cause toute naturelle vient de la plus ou moins longue exposition au soleil ou aux vents frais et irritants ; et de l'intensité de ces agents extérieurs.

Comme tous les auteurs l'ont bien montré, l'influence des saisons est capitale dans l'étiologie de cette affection. Depuis le commencement du printemps jusqu'à la fin de l'automne le sujet peut avoir de nombreuses

récidives, s'il ne prend pas les précautions indispensables bases du traitement de l'hydroa vacciniiforme. Du mois d'octobre au mois de février, on peut chez certains sujets très prédisposés voir survenir quelques éruptions d'hydroa, mais dans ce cas outre que les lésions seront généralement discrètes, leur durée en sera considérablement réduite.

Enfin généralement fréquentes dans la toute jeunesse, les poussées diminueront et de fréquence et d'intensité avec l'âge. A l'approche de la puberté, les éruptions s'espaceront, leur durée diminuera, et la gravité des lésions s'atténuera pour finalement disparaître de 20 à 30 ans.

PRONOSTIC

Cette affection par elle-même ne comporte aucun pronostic grave, car comme nous l'avons déjà dit, elle ne retentit que très rarement, pour ne pas dire exceptionnellement, sur l'état général du sujet.

Chez l'enfant cependant cette éruption peut être accompagnée de quelques symptômes généraux (nausées, vomissements, anorexie, frisson) généralement peu graves et qui ne durent pas.

On a pu noter quelquefois chez les nerveux des accès neurasthéniques, mais dans ces cas-là ce que fait naître l'hydroa vacciniforme, toute autre maladie de peau aurait pu en être cause.

L'hydroa vacciniforme aurait plutôt un rôle anti-esthétique par les cicatrices du visage qu'elle laisse après elle. Ces cicatrices peuvent être assez nombreuses et assez profondes, pour défigurer le sujet, et si ce sujet est une femme, et surtout une jeune fille, on peut comprendre l'importance relative de cette affection, et son

retentissement par contre-coup sur l'état général de la malade.

L'homme semblerait supporter mieux cette affection, tout en y étant plus prédisposé par son genre de vie et par ses habitudes.

Certaines formes peuvent être plus graves ; telle cette observation prise dans le service d'Andry de Toulouse où chaque élément éruptif arrivait par place à la grosseur d'une pièce de deux francs. Dans de pareils cas, les cicatrices seront plus marquées, et pourront être une cause de difformité et de troubles graves.

Plusieurs éléments volumineux peuvent siéger près de la paupière inférieure et le tissu cicatriciel aidant, un ectropion avec épiphora plus ou moins marqué pourra en être la conséquence. Certains sujets malpropres peuvent infecter les vésicules après les avoir grattées et écorchées, et l'on peut voir survenir de la lymphangite. Enfin les éléments peuvent se recouvrir de croûtes jaunâtres ressemblant beaucoup à celles de l'impetigo contagiosa, suivant la remarque de Bazin.

Lederman cite le cas d'un garçon de 13 ans, qui atteint d'hydroa vacciniiforme toutes les années aux mêmes saisons, avait présenté des bulles sur les globes oculaires. Cette complication est aussi grave que rare ; des taies irréductibles de la cornée en sont la conséquence, et la vue du sujet peut être plus ou moins atteinte suivant la gravité de l'éruption et la confluence des éléments.

Ainsi l'hydroa vacciniiforme est par elle-même une affection bénigne. Son éruption ne retentit que rarement

sur l'état général, et les quelques complications que nous venons d'énumérer sont exceptionnelles, sauf chez les nerveux, les candidats à la neurasthénie pour lesquels le pronostic sera un peu plus réservé.

DIAGNOSTIC

L'hydroa vacciniforme est une affection très spéciale ne ressemblant par ses caractères qu'à peu de dermatoses. Même sans éruption cette affection pourra être décelée; les cicatrices qu'elle laisse sur le visage et les parties découvertes, en sont les stigmates indélébiles. On pourrait confondre ces cicatrices avec des cicatrices de variole, mais outre qu'elles sont peut-être moins marquées, leur siège aux mains et l'absence de petite vérole comme antécédent personnel de la malade, mettront sur la voie du diagnostic.

Pendant l'éruption le sujet ayant presque toujours eu quelques atteintes antérieures; on recherchera là encore avec soin les cicatrices sur les parties découvertes.

Malgré ces caractères assez spéciaux il ne faudra pas confondre l'hydroa vacciniforme avec:

La variole:

Dans ce cas les phénomènes généraux, la marche de l'affection, son état épidémique ne permettront pas de

la confondre avec l'hydroa. Enfin la variole ne récidive que très rarement, et ne se localise presque jamais aux extrémités.

Ainsi en sera-t-il encore pour la varicelle et les éruptions vaccinales généralisées, dont les liens de parenté avec la variole sont connus.

L'acné :

L'acné varioliforme ou ulcéreuse, encore appelée acné rodens, acné nécrotique, laisse comme l'hydroa des cicatrices déprimées, mais les éléments ne sont pas formés de vésicules ombiliquées comme dans l'hydroa, et jamais l'acné ne se localise aux mains ni aux avant-bras.

L'acnitis :

L'acnitis de Barthélemy siège bien aux mains et à la face, et les lésions de cette affection apparaissent par poussées en laissant de petites cicatrices sur ces régions-là. Mais l'acnitis est une affection essentiellement chronique, et elle diffère de l'hydroa par les caractères de ses éléments. Ceux-ci en effet ne présentent jamais de vésicules ombiliquées ; ce sont en effet des pustulettes profondes, qui s'ouvrent après ulcération de la peau, suintent et se recouvrent d'une petite croûte tout à fait différente de celle de l'hydroa.

La syphilis :

On a pu confondre l'éruption de l'hydroa avec des syphilides pustuleuses et pustulo-croûteuses, mais les syphilides n'ont pas exclusivement cette localisation sur les parties découvertes, ni cette évolution par poussées successives revenant à certaines saisons durant de nombreuses années. En outre les autres stigmates de la syphilis seront faciles à déceler, cette variété de syphilides ayant généralement lieu dans des formes graves de la maladie.

Le lupus érythémateux :

Comme l'hydroa il intéresse le nez, les joues, les oreilles, quelquefois la face dorsale de la main, mais d'une seule main. Le lupus se développe insidieusement en hiver comme en été, il n'y a pas de vésicules ombiliquées, il ne procède pas par poussées, et les cicatrices qu'il laisse ne ressemblent nullement à celles de l'hydroa vacciniforme.

L'érythème toxique :

L'érythème produit par l'absorption d'iode de potassium chez certains sujets peut présenter certaine analogie avec l'hydroa. Il peut y avoir une éruption vésiculeuse ou bulleuse, mais elle ne s'ombilique pas, ne laisse pas de cicatrices, et, en interrogeant le ma-

lade on pourra s'assurer facilement que ce médicament n'a pas été pris.

L'érythème polymorphe vésiculo-bulleux :

Il existe rarement à la face. Ses éléments sont moins ombiliqués et plus diffus que ceux de l'hydroa et enfin ils ne laissent pas de cicatrices caractéristiques.

La dermatite herpétiforme :

Dans sa variété pustuleuse surtout. Cette affection ne reste pas localisée aux mêmes points pendant des années, et elle est en outre le siège d'un prurit assez intense.

La dermatite bulleuse congénitale :

Dans cette affection les bulles n'apparaissent qu'aux parties qui ont été froissées, qui ont subi un choc, une pression. En outre ces bulles ne sont pas ombiliquées et ne laissent pas de cicatrices.

Le xeroderma pigmentosum :

Hutchinson a rattaché l'hydroa vacciniiforme au xeroderma pigmentosum, et a prétendu que celui-ci n'était qu'une forme de celui-là. Sans doute le début avant l'âge de trois ans, après une exposition au soleil, et la disposition de l'éruption sur les parties découvertes,

sont des points de ressemblance assez nets; mais dans le xeroderma pigmentosum les lésions ne restent pas cantonnées aux parties découvertes, et envahissent dans la suite tout le reste du corps. Enfin pas d'ombilication, ni de cicatrices; mais à la place tendance aux pigmentations, à la production d'épithéliomes multiples et aux télangiectasies; ce qui ne se produit jamais dans l'hydroa vacciniforme.

TRAITEMENT

Il est très simple et consiste surtout à soustraire les parties découvertes à la cause de l'affection : aux rayons chauds du soleil ou aux vents froids, et à l'air vif.

Les sujets prédisposés à l'hydroa vacciniforme ne sortiront, surtout dans la chaude saison, que la face et les mains recouvertes.

Bowen et Unna préconisent fortement les voiles fins et de couleur; de préférence rouge ou jaune safran pour combattre l'action chimique des rayons du soleil. On pourra aussi, toujours d'après ces auteurs, enduire le visage et les mains de pâtes, de pommades protectrices.

D'après Crocker il faudrait ponctionner chaque vésicule, et appliquer dessus de l'éther iodoformé ou de l'iodoforme simple pour éviter les cicatrices ?

Bazin a recommandé les douches alcalines, et les eaux salines de Bourbonne, qui d'après cet auteur, ont guéri un malade chez qui l'affection durait depuis plus d'un an, alors que toutes les autres médications avaient complètement échoué. Les douches sulfureuses faibles, les

douches pulvérisées alcalines, avec une médication interne alcaline (eaux minérales, sirop alcalin); telles étaient les bases du traitement préconisé par Bazin.

J.-E. Graha donne les deux indications thérapeutiques suivantes: d'une part il faut protéger les tissus contre les rayons solaires, d'autre part assurer la bonne nutrition des tissus, qui leur permet de mieux résister aux causes nocives.

Eddoves se basant sur ce fait que la nécrose paraît due à l'œdème cutané, propose d'inciser l'élevure au début pour diminuer la tension. Il semble que cette manière de voir d'Eddoves ne puisse être pratiquée, l'incision faite laissant une cicatrice qui peut être aussi disgracieuse que celle due aux vésicules d'hydroa vacciniforme.

Actuellement il semble que les pulvérisations tièdes fréquentes avec une solution resorcinée à 1 %. (Gaucher), et surtout le recouvrement du visage et des mains, soient le traitement de choix de cette affection plus gênante que grave.

Enfin les personnes sujettes à cette affection devront s'exposer le moins possible à toute cause extérieure capable de faire revenir l'éruption.

L'usage des pommades inoffensives, adoucissantes, protégera l'épiderme contre les agents extérieurs, en même temps qu'elle favorisera la régression des éléments enflammés.

Certaines régions enfin devront être évitées à certaines époques; soit que l'action des vents frais ou du soleil y soit trop forte. On comprend aisément que

l'air des montagnes, des plateaux élevés, pourra être la cause chez certaines personnes d'hydroa vaccini-forme, que l'air de la mer ne conviendra pas à d'autres, et que la grande chaleur et les rayons ardents du soleil pourront dans les régions du midi influencer très défavorablement cette affection.

En résumé, le traitement consistera à protéger les parties découvertes chez les personnes sujettes à l'hydroa, et cela surtout en été; à faire des pulvérisations tièdes resorcinées, et appliquer des pommades protectrices chez les malades atteints d'hydroa vaccini-forme en pleine évolution tout en leur recommandant de garder la chambre pendant la durée de l'éruption.

OBSERVATIONS

Observation I. — (BAZIN).

Le nommé R..., âgé de 8 ans 1/2, entre au pavillon Saint-Mathieu le 20 avril 1868. Le petit malade ne peut donner aucun renseignement sur la santé de ses parents. Quant à l'affection qu'il présente il dit qu'elle existe depuis longtemps, qu'elle n'a jamais siégé que sur la face et le dos des mains, qu'elle se guérit souvent, mais revient peu après. Il ne peut préciser sous quelle influence apparaît cette éruption.

La poussée actuelle a débuté il y a quinze jours environ, il y avait trois semaines qu'il était guéri.

Malgré cette affection, son état général a toujours été bon. A l'arrivée du petit malade l'éruption occupe surtout le dos du nez et ses parties latérales ; sur le front, près des sourcils et sur les joues on trouve également quelques éléments éruptifs isolés. Tous ces points sont couverts de croûtes assez larges, brunâtres et jaunâtres, cohérentes et rugueuses. En outre, çà et là sur la limite des croûtes précédentes, se remarquent quelques éléments à une période moins avancée et consistant ici dans des vésicules

remplies de sérosité, là ombiliquées et remplies d'un liquide jaunâtre et purulent.

Sur la région frontale et sur presque toute la face, dans les régions qui ne sont pas le siège de l'éruption, la surface cutanée présente une multitude de petites cicatrices blanchâtres et déprimées, analogues à des cicatrices de variole ou de vaccin et indices des éruptions qui ont existé antérieurement.

Sur le dos des mains, de chaque côté, au niveau du premier et du second espace interosseux, on observe de larges plaques croûteuses analogues à celles de la face, et plus en dehors cinq ou six vésico-pustules ombiliquées, et à différents degrés d'évolution. Les parties environnantes sont complètement à l'état normal sans gonflement, ni rougeur. Les démangeaisons et les picotements sur les régions affectées sont peu marqués, on n'observe aucune trace de grattage. L'enfant est d'un tempérament robuste, et toutes ses fonctions s'exécutent normalement.

Comme traitement : cataplasmes de fécule pour faire tomber les croûtes, suivis de l'application de poudre d'amidon, sirop alcalin à l'intérieur, et purgatifs légers répétés.

Le 5 juin l'affection s'est améliorée, les croûtes sont tombées, et ont été suivies de cicatrices analogues à celles qui existaient déjà, et le petit malade ne présente plus que ces cicatrices comme trace de son éruption. (*Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse.*) 1868.

Observation II. — JOHN-P. BOWEN.

Enfant, âgé de 10 ans, atteint pour la première fois d'hydroa vacciniiforme à l'âge de 5 ans, pendant l'été, alors qu'il restait au grand air. Depuis l'affection a récidivé plusieurs fois, mais sur-

tout pendant les mois d'été, et toujours après que le sujet a été exposé aux rayons du soleil. En hiver, il en a aussi quelques légères atteintes, et en somme il n'a jamais été indemne plus de deux mois de suite.

Jusqu'à l'année dernière les lésions ont été limitées à la face, à cette époque les mains ont été envahies avec peu d'intensité. Parfois, mais pas toujours, la poussée est précédée de nausées, vomissements; il y a toujours un léger prurit. Dans ces derniers temps les poussées semblent avoir été moins violentes et moins nombreuses. L'enfant, qui est d'aspect délicat, pâle et anémique, a la figure couverte de cicatrices nombreuses, semblables à celles de la variole. Les plus profondes se trouvent sur le nez et les pommettes, et le nez en paraît aminci. Le front est moins atteint, les cicatrices diminuent peu à peu à mesure que l'on approche de la racine des cheveux; les oreilles en sont couvertes, surtout vers l'hélix.

Les lésions en activité sont constituées par de petites papules rouges, qui deviennent vésiculeuses à leur sommet, puis vésiculo-pustuleuses. Elles peuvent rester en cet état, et la plupart évoluent ainsi; mais d'autres continuent à progresser et à grandir; de telle sorte qu'elles deviennent des élevures vésiculo-pustuleuses arrondies avec une dépression ombiliquée à leur centre, tout autour de laquelle se voit une couronne de liquide plus ou moins clair ou louche, entouré lui-même d'un halo érythémateux. Le centre déprimé a une teinte d'un bleu sombre presque noirâtre, et sur ce fond se voient parfois des points distincts d'une teinte plus foncée. Enfin ces éléments peuvent être confluent, comme cela se voit nettement aux oreilles.

À mesure que la lésion évolue, le centre se recouvre d'une croûte épaisse, noirâtre, très adhérente, qui, après sa chute laisse

une dépression cicatricielle arrondie, d'abord d'un rouge sombre. Des lésions nouvelles peuvent se former sur des cicatrices anciennes. Il n'y a pas de pigmentation.

Sur la face dorsale de chaque main se voient douze à quinze dépressions avec une ou deux petites lésions vésiculeuses. On n'en trouve pas une seule plus haut que le poignet. Tout le reste du corps est indemne.

Les ganglions cervicaux et sous-maxillaires sont très tuméfiés, il en est de même des inguinaux. Les autres sont normaux, les muqueuses sont saines.

(*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, mars 1894, p. 89. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1894, p. 867).

Observation III. — (Brocq).

Le 30 mars 1894. — Se présente à la polyclinique de la Rochefoucauld, une femme de 30 ans, qui venait nous consulter pour une éruption des plus rebelles qu'elle avait depuis son enfance. Les lésions occupaient sur son visage exactement les mêmes régions que le lupus érythémateux. Elles siégeaient sur le nez, les deux pommettes, sur les joues, et aux deux oreilles, surtout sur le bord libre. En tous ces points les téguments étaient criblés d'éléments éruptifs.

Ceux-ci consistaient en de petits soulèvements épidermiques arrondis ou ovalaires, assez rarement irréguliers, sauf en certains points, où ils étaient confluents, d'une largeur qui variait de celle d'une petite lentille à celle d'un gros pois. Ils faisaient une saillie notable au-dessus du niveau de la peau, et étaient entourés pour la plupart d'une aréole érythémateuse. Les plus petits,

probablement les plus récents, étaient d'un blanc un peu opalin semblant être transparents, comme perlés. Les plus volumineux étaient à leur périphérie d'un blanc opalin comme les précédents, mais au centre ils avaient une teinte d'un brun bleuâtre assez foncé. Ils présentaient l'aspect tout à fait spécial suivant : un centre de 1 à 3 millimètres de diamètre, d'un brun bleuâtre ou noirâtre, tantôt assez clair, tantôt plus foncé, un peu déprimé, entouré d'un cercle blanc opalin chez les éléments relativement récents; jaunâtre plus ou moins foncé chez les éléments plus anciens.

En piquant avec une aiguille, issue de liquide clair. Toutes ces lésions disséminées dans les régions que nous avons signalées plus haut reposaient sur un fond couperosé rouge érythémateux. Enfin on apercevait en tous ces points d'assez nombreuses cicatricules un peu blanchâtres, légèrement déprimées rappelant assez celles de la variole, et également disséminées sans aucun ordre.

Les symptômes subjectifs éprouvés par la malade consistaient en sensation de cuisson et de brûlure, pénible seulement au moment de l'apparition de l'éruption.

D'après les renseignements donnés elle aurait eu la syphilis, et aurait pris de l'iode de potassium, mais elle affirmait avec la plus grande netteté souffrir de récidives incessantes de la dermatose actuelle depuis son enfance. Il lui suffit de s'exposer pendant quelques instants le visage découvert à l'action des rayons du soleil, d'un vent violent, pour voir se produire au bout de quelques heures, d'ordinaire dès le soir même, des lésions cutanées. Si les mêmes causes irritantes continuent à agir, l'éruption persiste, il se produit de nouveaux éléments; ceux qui existent déjà peuvent s'aggraver; si au contraire elle

reste soigneusement enfermée chez elle, tout disparaît avec une rapidité relative.

Pour avoir nous-mêmes la confirmation de ses dires nous lui demandâmes de vouloir bien rester chez elle, et de ne sortir que pour venir nous voir à la Rochefoucauld.

Le 4 avril. — Les lésions s'étaient desséchées, avaient formé des croûtes jaunâtres, un peu noirâtres au centre des éléments les plus volumineux.

Le 9 avril. — Tout avait disparu, soit quinze jours après le début de la poussée. Il ne restait qu'un peu de rougeur et quelques cicatrices.

Ce rapide résultat avait été obtenu par la simple protection du visage et des parties découvertes, et le repos chez elle (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1894, page 1133).

Observation IV. — (JULIANO-MOREIRA).

I

Maria B..., âgée de 19 ans, observée pour la première fois en octobre 1882. Rien de particulier à noter dans les antécédents héréditaires, ni dans les antécédents personnels. La maladie a débuté en janvier 1880, qui est le milieu de l'été au Brésil, et depuis a apparu aux chaleurs pour disparaître à l'hiver.

Les régions découvertes sont seules atteintes. Lors de la poussée éruptive qui eut lieu en été 1882, le front fut d'abord pris, puis vinrent des lésions disséminées sur le menton, les joues, les oreilles et le dos des mains. Les lésions consistaient en vésicules, en bulles aplaties sans aréole inflammatoire. La dimension des premiers éléments éruptifs variait d'une tête d'épingle à un pois. Les vésicules contenaient un liquide clair légèrement jau-

nâtre, les bulles avaient une teinte jaune pâle, brunâtre au centre. Quelques jours après leur apparition ces éléments se séchèrent, et il se produisit une croûte brunâtre, qui en tombant laissa des cicatrices, dont quelques-unes furent assez profondes. L'éruption était accompagnée de prurit, qui cessa lorsque l'éruption fut à son apogée.

Le repos à la chambre et les applications de poudre de dermatol amenèrent rapidement la guérison.

Mais il survint de nouvelles poussées dans les étés 1893 et 1894. La dernière poussée, qui vient d'évoluer, a été particulièrement violente. Cette série d'éruptions a fini par laisser sur la face et le dos des mains un assez grand nombre de cicatrices.

II

Il s'agit d'une petite fille, qui à l'âge de 2 ans en 1880, commença une éruption estivale disparaissant en automne et en hiver, et qui revint ainsi chaque été jusqu'en 1894, époque où s'arrête l'observation. Cette éruption n'existait que sur les régions exposées à l'air, et tout contact de rayon solaire amenait une poussée plus sévère.

Les premiers éléments éruptifs ont apparu aux joues; puis successivement le nez, le menton, le front et les avant-bras ont été pris. Ils consistaient en papules discrètes, bientôt recouvertes d'un soulèvement épidermique vésiculeux et bulleux, ayant des dimensions variant d'une tête d'épingle à un pois, de coloration grisâtre ou jaunâtre. Quelques jours après leur apparition, il se formait une dépression au centre, siège bientôt d'une croûte brunâtre, qui par extension finissait par occuper toute l'étendue de l'élément papulo-vésiculeux. Sous la croûte

existait une érosion, et parfois consécutivement une cicatrice. L'éruption s'est toujours accompagnée d'une température normale; pas de troubles viscéraux. Il suffit pour guérir chaque poussée de confiner cet enfant à la chambre pendant quelques jours, tout en nettoyant les lésions avec des antiseptiques doux, et en prescrivant des toniques (*British journal of dermatologie*, 1895, page 230).

Observation V. — (C. BOECK).

I

Garçon de 9 ans, chez lequel la maladie s'était manifestée trois étés de suite. Actuellement elle paraît symétriquement sur les deux joues, le front, les bords et la face antérieure des oreilles.

Elle se présente sous forme de vésicules profondément situées, et de petites bulles, dont la grosseur varie de celle d'une pointe d'aiguille à celle d'un pois et même davantage. Sur la face dorsale de la main droite quelques petites lésions; sur les régions indiquées, cicatrices plus ou moins profondes et étendues d'éruptions antérieures. Lavages deux fois par jour avec parties égales d'eau blanche et d'eau phéniquée, suivie d'application de poudre. Onze jours après disparition de l'éruption.

II

Garçon de 3 ans 1/2. — Première éruption, il y a deux ans, lorsque l'enfant fut porté à l'air libre pour la première fois. Il se produisit sur le nez et les joues, ainsi que sur la face d'extension des avant-bras, et la face dorsale des mains une érup-

tion de papules et de vésicules, qui se desséchèrent en croûtes, et après leur chute laissèrent des cicatrices. L'éruption est revenue au printemps et l'été de l'année précédente, et cette année aussi à la même époque, lorsque l'enfant a été exposé à l'air libre.

Au centre de quelques-unes des efflorescences actuelles se voient par transparence des points violets, des vaisseaux dilatés, et des petites hémorragies profondes (*Archives f. Dermatologie u. Syphilis*, 1894, t. I, page 22).

Observation VI. — (J.-E. GRAHA).

I

Il s'agit d'une petite fille de 6 ans, qui depuis cette âge jusqu'à l'époque de la menstruation à 13 ans présenta, chaque fois qu'elle s'exposait pendant un certain temps aux rayons solaires, une éruption spéciale apparaissant sur les parties découvertes.

Ces poussées éruptives se reproduisaient plusieurs fois dans l'été et survenaient même en hiver, si l'enfant sortait par un jour trop clair et lumineux. Chaque attaque éruptive avait une durée moyenne de dix jours.

Les éléments cutanés siégeaient à la face, aux mains et aux poignets ; ces deux dernières régions restaient toutefois indemnes, si l'enfant avait soin de porter des gants. L'éruption commençait par de petites taches brunes, noirâtres, sur lesquelles en trois ou quatre jours prenaient naissance des vésicules et des pustules ; quelques-unes de ces pustules offraient une ombilication très nette, d'autres n'étaient pas ombiliquées ; après

leur rupture il se produisait souvent de petites cicatrices superficielles.

Tout traitement essayé en ce cas demeure sans résultat, mais l'affection entra spontanément en décroissance lorsque la malade eut atteint l'âge de 13 ans. A 18 ans, ces éruptions pustuleuses avaient totalement disparu, et depuis plusieurs années la guérison s'est maintenue complète.

II

Jeune femme de 25 ans, qui depuis quatorze ans présentait des symptômes cutanés tout à fait analogues à ceux de l'observation précédente (I). L'éruption se montrait dans les conditions suivantes : Lorsque la malade restait exposée aux rayons solaires pendant une demi-heure environ, toutes les parties découvertes du corps devenaient œdémateuses, en même temps qu'à leur niveau naissait une sensation assez marquée de cuisson. En quelques jours sur les régions atteintes, apparaissaient de petites vésicules non ombiliquées, dont la durée variait entre huit et dix jours. Chacune de ces poussées éruptives s'accompagnait d'un certain degré de malaise général.

La malade remarqua que ces éruptions plus fréquentes et plus intenses en été se produisaient également en hiver, et qu'elles pouvaient être dues à l'action d'un vent violent et froid aussi bien qu'à l'action des rayons solaires. Il suffisait d'ailleurs pendant le séjour au soleil de protéger les parties découvertes de voiles ou de vêtements assez épais pour éviter l'apparition des lésions cutanées (*Journal of cutan. and genito-urinary diseases*, février 1896, page 41).

Observation VII. — (MAC CALL ANDERSON).

Les deux malades sont deux frères, âgés de 23 et 26 ans, pêcheurs à Stornoway en Écosse, et les deux observations sont à peu près identiques. L'éruption a commencé dans l'enfance à 3 ou 4 ans, par la face et notamment par le nez. Depuis lors elle a reparu tous les ans au commencement de l'été, disparaissant au début de l'hiver, mais depuis quelque temps les attaques tendent à se prolonger jusque dans l'hiver ; elle ne se montre pas s'ils restent à la maison. Les parties atteintes sont la face, surtout le nez, les oreilles, le cou, les mains, en un mot les parties découvertes. L'éruption est précédée pendant deux jours par de la démangeaison, et de la céphalée, si l'éruption siège à la face. Elle est constituée par des vésicules ou des bulles de la grandeur d'une lentille de 3 centimètres de diamètre, contenant un liquide clair et verdâtre. Quelques-unes sèchent sur place en laissant une tache pigmentée, d'autres se rompent, et en guérissant laissent une cicatrice.

Dans l'état actuel, la face est criblée de cicatrices, les ailes et les lobules du nez sont à peu près détruits. Les pavillons des oreilles sont fortement atrophiés et rongés sur les bords ; le dos des mains est cicatriciel au point que la flexion des doigts est très limitée. Une période de mauvais temps amène toujours une amélioration plus ou moins durable. Chez les deux frères les urines ont une couleur rouge vin de Bourgogne. Cette coloration, qui au début était intermittente, et se montrait à l'occasion de chaque poussée éruptive, est maintenant devenue permanente. L'examen chimique des urines a montré qu'elles étaient acides, ne contenant ni protéines, ni pigments biliaires, ni hémoglobine.

L'urobiline normale est remplacée par un pigment rouge foncé, présentant au spectroscope quatre bandes d'absorption. Après traitement par l'acide sulfurique, on trouve les bandes d'absorption de l'hématö-porphyrine acide. Il s'agit donc d'un pigment dépourvu de protéides et de fer, et très voisin de l'uro-hématö-porphyrine (*British journal of Dermatology*, p. I, 1898, janvier).

Observation VIII. — (EDDOVES).

Il s'agit d'une fillette de 6 ans, qui a, depuis l'âge de 3 ans, chaque été une attaque, qui débute à Pâques pour durer toute la saison chaude et une partie de l'automne. L'éruption n'occupe que les parties découvertes, elle siège à la face, le nez, les joues, les oreilles surtout sont atteintes, et le dos des mains. Les lésions débutent par une petite papule rouge, qui grandit, forme une élevation œdémateuse d'aspect urticarien. Celle-ci au bout de quelques jours s'ombilique, l'épiderme se soulève en masse, forme une croûte jaunâtre, brunâtre, impétigineuse qui en tombant laisse une cicatrice.

On trouve en ce moment des lésions à tous les stades de leur évolution.

Considérant que la nécrose paraît due à l'œdème cutané, Eddoves incise l'élevation au début pour diminuer la tension.

L'examen microscopique pratiqué, a montré qu'il s'agissait d'une inflammation œdémateuse et nécrosante débutant dans les parties supérieures du derme et atteignant l'épiderme secondairement (*British journal of Dermatology*, juin 1902, page 225).

Observation IX. — (ANDRY ET CONSTANTIN).

Il s'agit d'un garçon de 12 ans, dont les parents bien portants, et les deux sœurs plus âgées que lui n'ont jamais été atteints de l'affection qui nous occupe.

Lui-même pendant son enfance s'est toujours bien porté. Ce n'est qu'en septembre 1904 seulement que surviennent des bulles remplies de sérosité sur les régions découvertes ; à la face : une sur le front, deux sur la joue gauche et la lèvre inférieure ; il en existait enfin un grand nombre sur les faces palmaires et dorsales des mains, et sur le 1/3 inférieur de l'avant-bras. Leurs dimensions variaient de la grosseur d'un pois à celle d'une pièce de deux francs. En une semaine l'éruption fut à son maximum.

Le malade aurait constaté d'abord des taches rouges qu'il aurait pris pour des piqures de puces ; puis l'apparition de bulles claires à contenu limpide devenant plus tard louche et purulent, pour se dessécher en laissant une cicatrice déprimée ressemblant à des cicatrices vaccinales. L'état général était bon, et l'affection était terminée en un mois.

L'éruption actuelle a commencé à apparaître le 1^{er} juin 1905. A son réveil, le malade a remarqué des taches rouges sur le dos et la paume des mains, la face, et les pieds. Quatre ou cinq jours plus tard, des vésicules claires ont apparu sur les taches préexistantes, et trois jours après, le malade se présentait sous l'état suivant :

1^o *Face.* — Sur la lèvre inférieure et la lèvre supérieure les bulles se sont rompues, et recouvertes d'une croûte épaisse noirâtre, sous laquelle suinte un liquide purulent.

Cette localisation gêne beaucoup le malade, l'empêche de s'alimenter et l'on constate sur la face dorsale de la langue, l'existence de bulles ayant laissé des ulcérations à contour géographique.

Sur les joues, et surtout la joue gauche et le menton, on trouve à côté d'éléments vésiculeux, des éléments nettement ombiliqués à leur centre et vacciniiforme. Un certain nombre de bulles se remarquent sur les oreilles.

2° *Mains*. — Les deux mains et les poignets depuis l'extrémité des doigts jusqu'au quart inférieur de l'avant-bras sont le siège d'un grand nombre de bulles, la plupart volumineuses, certaines atteignant même des dimensions considérables par leur confluence. Ces lésions existent surtout à la face d'extension; et à la face palmaire plus protégée les éléments sont plus petits, et l'éruption plus discrète.

Du côté droit seulement il existe deux bulles dans la partie postérieure du coude.

3° *Membres inférieurs*. — Au pied gauche volumineuse bulle siégeant sur la malléole interne, une autre à la face antérieure du genou, du même côté. A droite quelques bulles au cou-de-pied.

Enfin sur le nez et le front on trouve quelques petites taches cicatricielles encore rougeâtres, vestiges de l'éruption de l'année précédente.

Ces pustules, faisant suite à des taches érythémateuses arrondies, se troublent, deviennent purulentes. La plupart de ces vésicules évoluent isolément, d'autres se fusionnent avec leurs voisines et donnent naissance à des bulles de dimensions considérables. Les éléments s'affaissent, s'ombiliquent ensuite pour la plupart par rupture, ou dessiccation, et se recouvrent d'une

croûte brune noirâtre, qui se dessèche et tombe, laissant une cicatrice.

Le 25 juin l'éruption de ce malade était terminée. Le traitement employé a consisté en incision des grosses bulles suppurées, pansements locaux à la vaseline boriquée, pansements humides pour faire tomber les croûtes, bains amidonnés (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1905, page 927).

Observation X. — (WHITE)

En mars 1897 deux enfants me furent amenés à la clinique, une petite fille de 2 ans, et un petit garçon de 8 mois : enfants d'Américains bien portants,

I

Fille. — La mère racontait ainsi l'histoire de sa fille. Ce fut une enfant de bonne santé apparente jusqu'à l'âge de 8 mois, lorsqu'en décembre, un bouton de la taille d'un pois apparut, devint une bulle, et se rompit. Une petite croûte se forma, qui disparut après trois semaines laissant une cicatrice. En même temps que ce premier élément disparaissait, d'autres survenaient sur les jambes et les bras, quelques-uns restant secs, quelques autres très enflammés, quelques autres enfin suppurants. Aussi vite que l'un disparaissait, un autre faisait irruption jusqu'au mois d'avril suivant; tous se séchèrent et l'enfant ne fut plus incommodé jusqu'en novembre, époque où une nouvelle poussée fit irruption.

Depuis lors les poussées sont toujours survenues de la même manière, apparaissant en novembre, disparaissant en avril. Sa

santé générale fut toujours très bonne. A l'époque où je vis cette malade, je constatai que les sièges de l'éruption avaient été la face, les oreilles, les mains jusqu'aux coudes, et les pieds jusqu'aux genoux.

Le centre de la face, et les oreilles présentaient alors un grand nombre de petites cicatrices. Les mains et les avant-bras avaient l'aspect cicatriciel produit par une brûlure, et la partie inférieure des jambes une apparence semblable.

L'affection avait été en état d'activité sur ces parties pendant l'hiver précédent, mais ne montrait en ce moment qu'un petit nombre de larges vésicules aplaties pauvrement développées.

Durant l'hiver écoulé 1907-1908 elle s'est réveillée comme de coutume, après un repos estival. Actuellement au 1^{er} mars, il n'y a qu'un petit nombre de lésions récentes.

II

Garçon. — La mère rapporte qu'en avril, qui a suivi sa naissance, il eut la varicelle, et aussitôt après une éruption, sous la forme de petites pustules, qui devinrent des ampoules le jour suivant, et se rompirent, donnant suite, soit à un suintement, soit à des croûtes, et plus tard à des marques. Elles affectaient les pieds, les mains, les bras, aussi bien que toute la face. En novembre et en décembre elles se séchèrent un peu pendant un moment, mais en janvier elles firent de nouveau irruption plus malignes que jamais.

A ce moment le Dr Tirrel, de South-Weimond, vit l'enfant; i a eu l'amabilité de m'adresser la note suivante :

« Le malade avait 4 mois quand je le vis pour la première fois, il avait ce que j'appellerai pemphigus, les lésions étaient

localisées aux fesses. Je fus rappelé pour le voir en janvier 1907. Quand je fus chez lui sa mère me dit qu'il avait eu une convulsion. Sa température était de 39°5, son pouls à 125-130; il avait tous les symptômes d'une maladie infectieuse au début. Le lendemain la mère appela mon attention sur son bras droit, qui était rouge et gonflé, une rougeur générale s'étendait sur tout le bras du bout des doigts au coude.

Le lendemain la partie supérieure du bras, du coude jusqu'à l'épaule, était couverte de taches érythémateuses de la taille d'un pois, qui se transformèrent rapidement en pustules, lesquelles se rompirent et devinrent croûteuses en un jour ou deux. A la main le processus s'étendait sous la peau, nécessitant l'incision pour permettre au pus de s'écouler.

Cette attaque semble avoir été une forme de dermatite localisée, tout à fait distincte du processus représenté partout ailleurs.

Lors de mon premier examen en mars 1897, la face et les extrémités sauf les coudes et les genoux étaient occupés par de larges vésicules, et de petites bulles serrées ayant en partie un aspect excorié ou croûteux. Quelques-unes d'entre elles présentaient un contenu hémorragique, et une base noire. On trouvait mêlé à ces éléments un petit nombre de lésions ressemblant à de l'urticaire, mais de durée considérable. Sur toutes les parties malades existaient des cicatrices, profondément déprimées, interposées aux lésions récentes. Les ailes du nez avaient subi une destruction partielle, et étaient profondément mutilées; les oreilles étaient très minces et rongées.

L'état général de l'enfant était bon.

Un an plus tard je le revis. Sa mère me faisait savoir, que dans l'intervalle, il avait eu de nouvelles attaques presque cha-

que mois, plus sévères pendant les temps froids. A cet examen, en mars, la maladie n'était pas en activité, et l'état de l'enfant peut se rappeler comme suit :

Face. — Sur les sourcils cicatrices légèrement fibreuses, les unes rouges, les autres jaunâtres. Entre les yeux de petits points blancs ressemblant à des cicatrices de variole. Sur le bout du nez, les cicatrices étaient plus récentes et plus larges, et l'une d'entre elles, est encore surmontée d'une croûte. Les ailes du nez sont en partie détruites; sur les joues et vers la bouche se trouvent plusieurs cicatrices de couleur rouge, dont la plus grande a près d'un pouce de diamètre. Le long de l'ourlet des l'oreilles, on note quelques pertes de substance et un petit nombre de croûtes.

Bras, jambes. — Le petit et le troisième doigt de la main droite sont ankylosés comme dans la main en griffe. Les autres doigts des deux mains sont couverts de cicatrices déprimées, dont quelques-unes sont surmontées d'épaisses croûtes brunes. Les bras montrent les effets d'un processus diminuant d'intensité à mesure que l'on approche du tronc. Il en est de même pour les jambes. Au voisinage des poignets et des cous-de-pieds, il subsiste un peu de peau normale. Les membres sont abondamment recouverts de cicatrices d'âge varié. Les plus anciennes sont blanches, les plus récentes sont recouvertes de croûtes brunâtres ou rouges. Toutes ces cicatrices sont déprimées. Le tronc seul est complètement indemne de tout stigmate de la maladie.

L'examen des urines fait par le professeur Wood a été négatif. Pas de coloration vin de Bourgogne, pas de pigments d'urohématoporphyrine.

Le liquide des bullesensemencé n'a pas donné de cultures.

L'examen hématologique a montré de l'éosinophilie appréciable. Enfin White ajoute que dans la même famille un garçon mort de pneumo-typhus a présenté à 6 mois une éruption analogue sur la face, les bras et les jambes; mais les autres membres de la famille sont indemnes (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1905, page 927).

Observation XI. (P^r GAUCHER et DRUELLE)

K... Marie, 21 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, service de M. le professeur Gaucher, salle Henri IV, lit n° 30, le 29 mars 1909.

On ne trouve rien de particulier à noter dans les antécédents héréditaires de la malade. Son père et sa mère sont vivants et bien portants. Elle a 6 frères et sœurs en bonne santé: aucun n'a présenté de lésions cutanées analogues. Cette femme a toujours été d'une bonne santé habituelle. Les altérations cutanées ont débuté en mars 1907.

Sans autre cause apparente qu'une exposition assez prolongée au soleil et à l'air vif, la malade vit survenir une éruption avec éléments bulleux occupant le menton, le nez, les joues et la face dorsale des mains. Ces éléments s'agrandirent, devinrent suintants et croûteux et, procédant par poussées successives, persistèrent pendant deux à trois mois. Le traitement consista dans l'application d'une pommade dont nous n'avons pu savoir la composition exacte et dans l'absorption d'iodure de potassium. L'éruption après guérison laissa des macules cicatricielles sur les régions où elle s'était développée.

La malade ne remarqua aucune poussée nouvelle jusqu'en juillet 1908. A cette date survint, nous dit-elle, dans les mêmes

conditions une éruption analogue occupant les mêmes régions et qui fut également suivie du développement de cicatrices. Cette seconde poussée persista jusqu'en décembre 1908 et disparut tout d'un coup.

Depuis huit jours est apparue une troisième poussée que la malade nous dit être plus intense que les premières. Cette éruption est également survenue après une exposition prolongée au soleil. La malade ayant fait une longue course l'après-midi, constata dès le lendemain l'apparition de points rouges non prurigineux sur la face et le dos des mains et des poignets, puis des points rouges se sont agrandis et développés pour donner lieu à des lésions adultes dont nous allons aborder la description.

Actuellement et comme dans les observations classiques d'hydroa vacciniforme, l'éruption est strictement localisée à la face, aux mains et aux poignets, c'est-à-dire aux régions découvertes.

Les éléments éruptifs sont du type bulleux, mais sont pour la plupart constitués par des bulles de petites dimensions. Ces bulles sont fortement saillantes et sont le plus souvent entourées d'une zone rouge circulaire : ce halo rougeâtre fait défaut autour de certains éléments. A ce stade éruptif, qui semble constituer leur parfait développement, la plupart des bulles présentent une ombilication centrale, le plus souvent nettement apparente : chez d'autres, cette ombilication n'est qu'à l'état d'ébauche. Le liquide contenu dans ces bulles est louche. A leur partie centrale, certains éléments bulleux présentent une coloration tendant au bleu sombre.

Tel est l'élément éruptif nettement constitué de la dermatose que nous avons sous les yeux. La malade est encore en pleine poussée éruptive, aussi peut-on également constater d'autres

éléments à un stade moins avancé de leur développement et qui sont représentés par des macules rougeâtres plus ou moins saillantes. Enfin nombre d'éléments sont à la période de dessiccation et se recouvrent d'une croûte noirâtre à début central. En certains points la dermatose semble avoir été le siège d'infections secondaires avec aspect impétigineux consécutif.

Comme nous l'avons dit, cette éruption siège sur des régions découvertes. Sur la face les bulles sont accumulées sur le menton, les joues, le front, le nez et les oreilles. Sur l'aile gauche du nez, elles semblent à leur maximum; les bulles y sont fusionnées pour former un placard polycyclique recouvert d'une croûte noirâtre. Sur les oreilles, les lésions sont moins marquées. Sur la face dorsale des mains et des poignets, les éléments éruptifs sont un peu plus saillants que sur la face: leur partie centrale, bulleuse, ne semble pas renfermer une sérosité louche, mais paraît infiltrée par un exsudat hémorragique, plus marqué à la périphérie.

L'étude anatomique de ces lésions cutanées, pour être complète, doit comprendre l'examen des séquelles cicatricielles des deux éruptions antérieures. Ces cicatrices occupent rigoureusement les mêmes régions. Sur la face, au milieu des éléments bullo-croûteux récents, on distingue des cicatrices arrondies, blanchâtres, que l'on rencontre également sur le pavillon des oreilles: ces cicatrices sont nombreuses, pressées les unes contre les autres en certains points, mais de dimensions assez restreintes. Sur la face dorsale des mains et des poignets on trouve les mêmes cicatrices mais plus grandes, et bon nombre d'entre elles ont une teinte pigmentaire brunâtre; ces cicatrices sont au maximum de développement sur la face dorsale du poignet gauche.

Notons que les muqueuses buccale et conjonctivale ne présentent aucune altération récente ou ancienne.

Cette éruption d'hydroa vacciniiforme ne provoque que des troubles subjectifs très minimes. La malade ne se plaint que d'un prurit très modéré sur les régions atteintes. Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre, ni pigments biliaires. L'état général est satisfaisant.

Sur la face plantaire des deux pieds il existe des lésions qui n'ont point l'aspect de celles que nous venons de décrire. Ces lésions consistent en surfaces érythémateuses, formant de grands placards ou l'épiderme épaissi prend un aspect corné. Ces lésions ont l'aspect de la kératose symétrique des extrémités. La malade ne peut nous renseigner sur leur début et leur évolution. En aucun point des régions plantaires il n'existe de bulles analogues à celles de la face et des mains : de même on ne constate sur ces régions aucune cicatrice.

Le traitement local de l'éruption consiste uniquement en pulvérisations quotidiennes avec une solution resorcinée à 1^o/₁₀.

Le 4 avril 1909. — Nous notons que l'éruption est déjà en voie d'amélioration. On n'observe plus d'éléments nouveaux et presque tous ceux qui existaient il y a quelques jours sont desséchés et croûteux. Les croûtes sont épaisses, noirâtres et adhérentes.

Le 6 avril 1909. — La malade est prise brusquement d'une angine aiguë, les amygdales sont rouges, tuméfiées et recouvertes d'un exsudat blanchâtre. La température est élevée et les phénomènes généraux assez marqués.

Cette angine est-elle en rapport avec l'éruption d'hydroa vacciniiforme que présente encore la malade ? Nous ne le croyons pas pour les raisons suivantes : tout d'abord la poussée éruptive

est actuellement en voie de guérison. D'autre part les localisations buccales habituelles des dermatoses bulleuses se font sur la muqueuse des lèvres, des joues et de la langue, et ne revêtent pas cette forme pharyngée aiguë, il s'agit de stomatite et non d'angine. Enfin, en même temps que la malade dont nous relatons ici l'histoire, une autre malade, hospitalisée dans la même salle pour une tuberculose cutanée, présente également une angine aiguë de symptomatologie clinique et objective analogue. Nous croyons donc pouvoir conclure qu'entre cette éruption d'hydroa vacciniiforme et l'angine présentée par notre malade, il n'y eut qu'un simple rapport de coïncidence.

Le 10 avril 1909. — Cette angine est guérie. La dermatose est en voie d'amélioration. Les croûtes consécutives aux bulles commencent à se détacher et à tomber. Il n'y a pas d'éléments éruptifs nouveaux.

Le 17 avril 1909. — L'éruption qui n'est traitée que par des pulvérisations résorcinées, a presque disparu. Il ne persiste plus de-ci de-là que quelques points croûteux. Notons que la durée de cette poussée éruptive a été véritablement plus courte que les deux atteintes précédentes.

Il faut du reste remarquer que la malade a séjourné dans une salle d'hôpital, tandis qu'elle suivait sa vie habituelle lors des poussées précédentes.

La face, les régions dorsales des mains et des poignets étant actuellement détergées on distingue beaucoup mieux actuellement les reliquats cicatriciels de la dermatose. A la face, on voit les cicatrices tranchant sur une coloration rouge vif uniforme de la région, coloration rouge vif qui persiste, quoique un peu atténuée, dit la malade, dans l'intervalle des poussées éruptives. Sur les mains cette coloration rouge est moins marquée.

Le 4 juin. — L'éruption est disparue et la malade sort de l'hôpital en bon état.

Observation XII. — (F. BALZER ET L. GUENOT).

G. D..., âgé de 10 ans, entre le 3 mai 1909 à Saint-Louis, salle Lugol, n° 33, pour une éruption vésiculo-croûteuse, dont la première atteinte remonte à six ans (1903). alors qu'elle avait 4 ans, et s'est montrée après une rougeole.

Depuis, tous les ans est survenue au printemps une nouvelle poussée, qui disparaît à la fin de l'été.

L'éruption actuelle siège aux parties découvertes : face, dos des mains et des poignets, toutes les parties couvertes étant indemnes. C'est ainsi qu'elle a respecté les oreilles et la nuque recouverts par les cheveux de la petite malade ; mais lors des premières poussées, alors que les cheveux très courts laissaient la nuque à nu ; celle-ci fut atteinte comme en témoignent des cicatrices blanches gaufrées. Il y a des cicatrices analogues, mais moins marquées sur l'hélix des deux oreilles.

La dernière éruption a débuté fin mars, au moment des premières feuilles, dit la fillette, d'abord à la face, puis elle a gagné les mains quelques jours plus tard. Si on fait abstraction d'un élément croûteux brunâtre, légèrement déprimé au centre, qui siège au-dessus du sourcil gauche, les lésions sont localisées au dos du nez et aux pommettes. Elles ont d'ailleurs été plus étendues lors des poussées antérieures à en juger par les cicatrices qui occupent une grande partie du front, et surtout toute la surface des joues, où elles sont déprimées, gaufrées, analogues à des cicatrices de vaccine.

Le dos du nez est presque entièrement recouvert d'une croûte sèche, brune et noirâtre, irrégulière, adhérente. Les joues, surtout la gauche, présentent un assez grand nombre d'éléments à des périodes d'évolution différentes; plusieurs même sont confluentes. Les plus jeunes sont constituées par une légère élévation de 2 à 5 millimètres de diamètre, à bords légèrement rosés, à centre recouvert d'une croûte jaunâtre légèrement déprimée. Sur la plupart des éléments la croûte est plus développée et plus foncée, certains présentent une ombilication centrale plus prononcée.

Actuellement, aux poignets et aux mains (la face palmaire est respectée par l'éruption récente) on trouve de nombreux éléments. Rien sur les avant-bras dans leur tiers inférieur, car ce printemps la malade avait des manches longues, mais ils sont couverts d'une multitude de petites cicatrices blanchâtres presque confluentes, la malade ayant autrefois porté des manches courtes.

Comme sur le visage, le dos des mains et des poignets présente d'anciennes cicatrices au milieu de l'éruption actuelle. Celle-ci est formée par des éléments relativement âgés analogues à ceux de la face et par d'autres plus jeunes, plus typiques. Ceux-ci sont arrondis, et leur centre manifestement déprimé, formé d'une croûte jaune ou brune plus ou moins foncée selon son ancienneté, et entourée d'une élévation périphérique notable, rosée, fermée.

Un autre élément plus jeune encore de 9 à 10 millimètres de diamètre n'a presque pas de croûte centrale, l'élévation périphérique est opaline et entourée elle-même d'une zone érythémateuse. Ces éléments typiques ont un aspect varioliforme; certains pourtant sont plats et presque pas ombiliqués. Un élément

tout récent datant au plus de la veille a l'apparence d'une bulle arrondie.

Les éléments, en pleine activité, non encore desséchés, c'est-à-dire les éléments blancs opalins contiennent un peu de sérosité presque limpide. A un stade plus avancé celle-ci devient louche, puis se concrète en une croûte épaisse plus ou moins foncée, adhérente, demandant assez longtemps pour tomber.

Jamais le petit malade n'a ressenti de douleur. Certains éléments sont seulement très légèrement prurigineux de temps en temps.

L'état général est excellent.

Le sang semble normal, sans modification de l'équilibre leucocytaire, pas d'éosinophilie.

Les urines ne contiennent ni sang, ni albumine.

La malade sort le 27 mai emmenée par sa mère. Jusqu'au 17 mai ayant fait une angine avec fièvre elle a gardé le lit, la figure et les mains enduites de pommade à la quinine à 5 %. Sous cette influence les croûtes sont tombées, laissant à leur place une surface blanche, rosée.

Du 17 au 27 mai elle est sortie dans la cour, mais elle est restée à l'ombre, et n'est jamais sortie depuis sans être enduite de la pommade. Dans ces conditions il n'est par survenu de nouvelles poussées d'hydroa vacciniforme.

Les effets de la lumière et spécialement l'action du soleil sont très accusés chez cette fillette, dès qu'elle est exposée pendant quelque temps à l'action des rayons solaires. Il faut seulement pour cela que les rayons aient une certaine force, car cette enfant n'est pas atteinte en hiver. C'est seulement au printemps, quand elle s'est exposée au soleil, que l'éruption se déclare. D'après ce que la mère nous a dit il semble bien que jusqu'à ce séjour

à l'hôpital Saint-Louis la dermatose n'avait pas été diagnostiquée. Aucune précaution n'était prise pour protéger la figure et les mains de l'enfant.

Nous avons recommandé l'emploi de saupoudrages et de pomades à la quinine, le port de voilettes jaunes ou vertes, mais il est douteux que ces prescriptions soient suivies.

CONCLUSION

L'hydroa vacciniforme est une maladie parfaitement définie, maladie chronique récidivant par poussées, et apparaissant chez certains individus prédisposés (enfants surtout) aux mêmes saisons, généralement l'été.

L'éruption siège sur les parties découvertes, très rarement sur les parties couvertes et les muqueuses. Elle consiste en vésico-pustules, qui s'ombiliquent, se recouvrent d'une croûte noirâtre, qui tombe laissant une cicatrice déprimée ressemblant beaucoup à celle de la variole.

Le pronostic en est bénin, la maladie ne retentissant que très rarement sur l'état général, et n'étant à craindre que par les difformités dues à ses cicatrices. Le traitement très simple consistera à ne faire sortir les malades, dans les saisons chaudes surtout, que la figure et les mains couvertes (voile jaune, gants) et pendant les périodes éruptives à faire des pulvérisations tièdes resorcinées et à enduire les régions malades d'une pommade protectrice.

Vu : le Président de thèse

GAUCHER

Vu le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- BAZIN. — Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées, 1861.
- Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées d'origine arthritique et dartreuse.
- HUTCHINSON. — *Clinical Society's Transactions*, vol. XXI « summer eruption », 1888.
- BOWEN. — *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, mars 1894, page 89.
- BROcq. — *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1894, page 1133.
- BOECK. — *Archives of dermatologie et syphilis*, 1895, T. I, p. 22.
- JULIANO-MOREIRA. — *British journal of dermatologie*, 1895, page 230.
- J.-E. GRAHA. — *Journal of cutaneous and genito urinary diseases*, février 1896, page 41.
- MIBELLI. — *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1896, fasc. 6, page 690.
- WHITE. — *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1899, page 579.
- *Journal of cutaneous and genito urinary diseases*, 1898, page 914.
- EDDOVES. — *British journal of Dermatology*, juin 1902, page 225.
- ANTHONY. — Hydroa æstivale. *Chicago dermatological Society. Journal of cutaneous diseases*, décembre 1903, page 572

WARDE. — Chronic Herpes zoster or Hydroa vacciniforme. *Dermatological Society of S. Britain*, 24 juin 1903. *British Journal dermatologie*, août 1903, page 298.

ANDRY. — Leçons de Constantin, chef de clinique. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1905, page 927.

MALINOWSKY. — Monatshefte für praktische dermatologie, E·XLI, n° 6, page 293.

PROFESSEUR GAUCHER ET DRUELLE. — *Annales de la Société de dermatologie et de syphiligraphie*, avril 1909, page 118.

